



HOSPITALISATION A
DOMICILE
DE CORSE
Résidence Bureaux Sud
RN-193 20600 BASTIA
Tel : 04 95 55 09 00
Fax : 04 95 33 40 16

Prise en charge du patient
**FICHE ET PRESCRIPTION MEDICALES DE DEMANDE
D'ADMISION EN HAD**

Pour prise en charge FERINJECT®

ENR COO 001

V04 – Dec 25

Merci de bien vouloir compléter l'ensemble des informations ci-dessous, de joindre obligatoirement un bilan sanguin <1 mois et d'envoyer le tout par messagerie à contact@haddecorse.fr ou via ViaTrajectoire.

IDENTITE DU MEDECIN PRESCRIPTEUR			IDENTITE DU PATIENT	
<input type="checkbox"/> Généraliste	<input type="checkbox"/> Spécialiste	<input type="checkbox"/> Hospitalier	NOM Prénom	
Nom			NOM Naissance	
Téléphone			Né(e) le	
Etablissement			N°SS	
			Téléphone	
Service			Adresse	
Médecin traitant			CP Ville	

INDICATION MEDICALE – Renseignements indispensables			
Diagnostic / Motif de la prise en charge			
Posologie totale de carboxymaltose ferrique (FERINJECT®) prescrite par voie intraveineuse : _____ mg			
Fractionnement	_____ mg à J0	_____ mg à J8	_____ mg à J15
Voie d'abord			
Bilan sanguin	Hémoglobine : _____ CST : _____ Bilan Martial (<1 mois) : Ferritine _____		
Poids			
Antécédents notables	<input type="checkbox"/> Atopie connue Eczéma <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Allergie médicamenteuse <input type="checkbox"/> Allergie connue au Fer IV <input type="checkbox"/> Ethylisme chronique <input type="checkbox"/> Pathologie auto immune ou inflammatoire		
Pathologie cardiovasculaire			
Traitement en cours	<input type="checkbox"/> AINS <input type="checkbox"/> Béta bloquants <input type="checkbox"/> IEC <input type="checkbox"/> Autre :		
Traitement par fer	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui : <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> IV Quand ?		
Remarques			

Calcul de la dose et schéma posologique du fer carboxymaltose												
Poids du patient	<35 kg			35 à 49 kg			50 à 69 kg			> 70 kg		
Taux Hémoglobine (g/dL)	Hb < 10	Hb 10-14	Hb > 14	Hb < 10	Hb 10-14	Hb > 14	Hb < 10	Hb 10-14	Hb > 14	Hb < 10	Hb 10-14	Hb > 14
Etape 1 : Détermination des besoins en fer	500 mg	500 mg	500 mg	1500 mg	1000 mg	500 mg	1500 mg	1000 mg	500 mg	2000 mg	1500 mg	500 mg
Etape 2 : Schéma posologique recommandé	J0: 500 mg	J0: 500 mg	J0: 500 mg	J0: 500 mg J8: 500 mg J16: 500 mg	J0: 500 mg J8: 500 mg	J0: 500 mg	J0: 1000 mg J8: 500 mg	J0: 1000 mg	J0: 500 mg	J0: 1000 mg J8: 1000 mg	J0: 1000 mg J8: 500 mg	J0: 500 mg

Je soussigné(e), le médecin _____
Vu l'état de M., Mme _____
Prescrit son admission dans le service d'Hospitalisation à domicile le : _____
Cachet du médecin prescripteur _____ Date et signature _____